|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 診療情報提供書 | | | | | | |
| 年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 勤医協 老人保健施設柏ヶ丘  施設長 殿 | | | | | | |
|  | | 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 |  | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 担当医師名 |  | | | ㊞ |
|  | | | | | | |
| 患者氏名 |  | | | 性別 | 男 ・ 女 | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　　　年　　　月　　　日 生 | | | 年齢 | 歳 | |
| 住所 |  | | | | | |
|  | | | | | | |
| 紹介目的 | 1．入所　　 2．短期入所　　 3．通所リハビリ　　 4．通所介護 | | | | | |
|  | | | | | | |
| 診断名 | ① | | | 年　　 月　　 日 | | |
| ② | | | 年　　 月　　 日 | | |
| ③ | | | 年　　 月　　 日 | | |
| ④ | | | 年　　 月　　 日 | | |
| ⑤ | | | 年　　 月　　 日 | | |
| 現病歴 |  | | | | | |
| 他科診療の有無 ： 無　・　有　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　） | | | | | |
| 既往歴 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患者に関する情報　（患者氏名：　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心身機能 | 障害高齢者の日常生活自立度 | | | | | | 自立　 Ｊ１　 Ｊ２　 Ａ１　 Ａ２　 Ｂ１　 Ｂ２　 Ｃ１　 Ｃ２ | | | | | | | | | |
| 認知症高齢者の日常生活自立度 | | | | | | なし　 Ⅰ　 Ⅱａ　 Ⅱｂ　 Ⅲａ　 Ⅲｂ　 Ⅳ　 Ｍ | | | | | | | | | |
| 長谷川式スケール | | | | | | 点　（判定日：　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | |
| ＭＭＳＥ | | | | | | 点　（判定日：　　　年　　月　　日） | | | | | | | | | |
| 行動障害 | | | | | | 無 ・ 有 　内容： | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療的ケア | インスリン | | | | 無 ・ 有　（薬品名：　　　　　　　　　　　、回法：　　－　　－　　－　　　） | | | | | | | | | | | |
| 胃ろう | | | | 無 ・ 有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 人工肛門 | | | | 無 ・ 有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 酸素吸入 | | | | 無 ・ 有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 褥瘡 | | | | 無 ・ 有　（内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| その他 | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 栄養マネジメント | ①身長：　　　　cm、　　体重： 　　kg | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②食事： | | 制限･治療食の内容等 | | | | | | 常食 ・ 糖尿病食 ・ 心臓病食 、　　　（　　　　　kcal） | | | | | | |  |
| 主食形態 | | | | | | 米飯 ・ 全粥 | | | | | | |
| 副食形態 | | | | | | 普通 ・ 一口大 ・ キザミ ・ ミキサー （　　　　　　） | | | | | | |
| その他 | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査所見 | ①生化学検査（実施：　 年　 月　 日） | | | | | | | | | | ②免疫・血清学的検査（実施：　 年　 月　 日） | | | | | |
|  | 白血球 | |  | | Alb | |  | |  |  | 血型 | A・B・O・AB 　　Rh： | | |  |
| 赤血球 | |  | | BUN | |  | | HBS抗原 |  | HCV |  |
| ヘモグロビン | |  | | Cr | |  | | ワ氏 |  |  |  |
| ヘマトクリット | |  | | UA | |  | | ③尿検査 | | | | | |
| 血小板数 | |  | | CRP | |  | |  | ウロビリ |  | 蛋白 |  |  |
| GOT | |  | | LDL | |  | | 糖 |  | 潜血 |  |
| GPT | |  | | T-G | |  | | ④胸部ＸＰ所見（実施：　 年　 月　 日） | | | | | |
| LDH | |  | | HDLC | |  | |  | 異常： 無 ・ 有 | | | |  |
| ALP | |  | | Na | |  | |
| TTT | |  | | K | |  | |
| ZTT | |  | | Cl | |  | | ⑤EKG所見 | | | | | |
| γ-GTP | |  | | Glu | |  | |  | 異常： 無 ・ 有 | | | |  |
| CHE | |  | | HbA1c | |  | |
| T-Bil | |  | |  | |  | |
| T-P | |  | |  | |  | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬情報 | 処方内容  薬物アレルギー：　無 ・ 有 | | | | | | | | | | | | | | | |

※検査所見及び処方内容につきましては、検査結果や処方箋の複写の添付に代えても構いません。